



MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES

Liberté
Égalité
Fraternité

**DIRECTION DEPARTEMENTALE
DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL
ET DES SOLIDARITES**

CONSEILLER DU SALARIE

Articles L. 1232-8 à L.1232-11, L. 1237-12 et D.1232-9 et suivants du code du travail

Demande de remboursement du salaire maintenu par l'employeur

Article L. 1237-12 du code du travail – *Le remboursement est mensuel dans la limite de 15h par mois*

NOM et Prénom du Conseiller du salarié :

Mois et année :

EMPLOYEUR du Conseiller du salarié :

Nom ou raison sociale de l'entreprise :

Numéro SIRET :

Adresse :

Personne à contacter et coordonnées :

Horaires de travail du conseiller (obligatoire) : deh..... àh..... et deh..... àh.....

En cas d'horaire variable, travail en équipe, indiquer l'horaire de travail le jour de l'absence pour assistance d'un salarié

DUREE MENSUELLE DE L'ABSENCE : dans la limite de 15 heures par mois (*article L 1232-8 du code du travail*)

Durée totale de la ou des périodes d'absence ayant donné lieu au maintien du salaire :

.....h..... soit h en centièmes

Montant du salaire maintenu (A)	Montant des avantages maintenus (B)	Charges sociales correspondantes (C)	Montant total du salaire maintenu à rembourser (A + B + C)

Pièces justificatives à joindre :

- Le ou les attestations des salariés bénéficiaires de l'assistance (en un seul exemplaire)
- La copie du bulletin de salaire du conseiller pour le mois concerné (en un seul exemplaire)
- RIB pour la première demande de paiement, en cas de changement de RIB ou de demande de plus de 3 mois.

Fait à

Le.....

Signature du conseiller

Cachet et signature de l'employeur

Vu et arrête le présent état à la somme de :

Certifié exact
(emplacement réservé à l'administration)